



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **75317** (13) **U**
(51) МПК (2012.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2012 06266	(72) Винахідник(и): Соколов Віктор Миколайович (UA), Аветіков Давид Соломонович (UA), Ставицький Станіслав Олександрович (UA)
(22) Дата подання заявки: 24.05.2012	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 26.11.2012	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 26.11.2012, Бюл.№ 22	(73) Власник(и): Соколов Віктор Миколайович, пров. Рибальський, 16, кв. 63, м. Полтава, 36000 (UA), Аветіков Давид Соломонович, вул. О. Бідного, 3, кв. 14, м. Полтава, 36000 (UA), Ставицький Станіслав Олександрович, вул. Київське шосе, 70, кв. 121, м. Полтава, 36000 (UA)

(54) СПОСІБ ТОТАЛЬНОЇ РЕКОНСТРУКЦІЇ ВУШНОЇ РАКОВИНИ В ЛЮДЕЙ ІЗ ДОЛІХОЦЕФАЛІЧНОЮ ФОРМОЮ ГОЛОВИ

(57) Реферат:

Спосіб тотальної реконструкції вушної раковини в людей із доліхоцефалічною формою голови, що виконується розрізом шкіри вертикального напрямку, причому формування рубцевої тканини відбувається на внутрішній поверхні майбутньої вушної раковини та враховуються біомеханічні властивості шкіри.

UA 75317 U

Запропонований спосіб належить до галузі медицини, а саме до черепно-щелепно-лицевої хірургії.

Відомі способи реконструкції вушної раковини: метод Т. Wellisz (1993) - реконструктивна отопластика з каркасом із поліетилену, обгорнутого в скроневу фасцію; повна реконструкція вушної раковини при мікроотії за методикою В. Brent (Пшениснєв К.П. Курс пластической хирургии / К.П. Пшениснєв. - М.: Издательство иностранной литературы, 2006. - 753 с.).

Найбільш близьким методом до запропонованого є спосіб реконструктивної отопластики за методом В. Brent. Для реалізації цієї методики аутоотрансплантат забирають із хряща VI, VII, VIII ребер. Після формування каркаса проводять розріз у горизонтальному напрямку. За допомогою ножиць створюють підшкірний карман, куди розміщують каркас вушної раковини. Рану вшивають ниткою нейлон 6/0. Наступним етапом реконструкції є транспозиція мочки та підняття вушної раковини. Заключним етапом реконструктивної отопластики є формування козелка та забезпечення симетрії у фронтальній площині.

Проте відомий спосіб має вагомий недолік, а саме виконання горизонтального розрізу в зазначеній топографоанатомічній ділянці може спричинити пошкодження гілок басейну зовнішньої сонної артерії. Також, даний розріз у майбутньому викликає виникнення патологічних рубців на відкритих ділянках обличчя.

Наявність вищенаписаних недоліків унеможливує використання даного методу під час проведення першого етапу реконструктивної отопластики, тому що пошкодження вищезазначених судинних комплексів призводить до кровотечі та післяопераційної гематоми, що в майбутньому перешкоджатиме інтеграції аутоотрансплантата.

В основу запропонованої корисної моделі поставлена задача розробити оптимальний напрямок розрізу шкіри для інтеграції хрящового аутоотрансплантата, збереження судин задньої та кінцевої групи зовнішньої сонної артерії та формування рубцевої тканини на волосистій ділянці голови. Поставлену задачу вирішують створенням оптимального способу реконструктивної отопластики, що виконується розрізом шкіри вертикального напрямку, який відрізняється тим, що формування рубцевої тканини відбувається на внутрішній поверхні майбутньої вушної раковини та враховуються біомеханічні властивості шкіри в людей з доліхоцефалічною формою голови.

Запропонований спосіб здійснюється наступним чином: по заздалегідь намічених лініях виконується розріз у вертикальному напрямку, відступивши на 3 мм від межі ложа трансплантата із врахуванням натягу шкіри над аутореберним хрящем у горизонтальному напрямку, із створенням дублікатури шкірно-жирового клаптя, огортаючи хрящовий аутоотрансплантат. Створений заздалегідь хрящовий каркас інтегрується в сформований підшкірний карман. На шкіру вузлові адаптаційні шви ниткою Prolene 5/0.

Приклад застосування: хворий М., 24 років, госпіталізований до щелепно-лицевого відділення ПОКЛ. Після визначення анамнезу, скарг, об'єктивного статусу та місцевих змін було встановлено клінічний діагноз - посттравматичний тотальний дефект правої вушної раковини. Рекомендовано: реконструктивна отопластика з використанням аутореберного хряща. Після вирахування головного індексу було визначено, що розмір черепа відноситься до доліхоцефалічної форми та становить 73,9 см. Після проведення першого етапу реконструктивної отопластики відмічалось 100 % приживлення аутоотрансплантата. Гематома була мінімальною та ліквідувалася на 5 добу після операції. Ранні та пізні післяопераційні ускладнення були відсутні. Хворий був виписаний на 8 день після госпіталізації. Післяопераційний рубець мав ознаки нормотрофічного.

Позитивним ефектом вищезгаданої методики є формування рубцевої тканини на закритих ділянках голови, зокрема, на внутрішній поверхні сформованої вушної раковини, зменшення пошкодження судинних компонентів відповідної ділянки та, як наслідок, зменшення періоду ліжка-днів та періоду реабілітації.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб тотальної реконструкції вушної раковини в людей із доліхоцефалічною формою голови, що виконується розрізом шкіри вертикального напрямку, який **відрізняється** тим, що формування рубцевої тканини відбувається на внутрішній поверхні майбутньої вушної раковини та враховуються біомеханічні властивості шкіри.

Комп'ютерна верстка Л.Литвиненко

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601